



Responsabilidades del cliente de OA-HIPP

Usted ha completado satisfactoriamente su aplicación OA-HIPP (por sus siglas en inglés) que será revisada por el Departamento de Salud Pública de California. Hasta que usted haya recibido el aviso de su trabajador de inscripción que su solicitud ha sido aprobada y el pago ha sido enviado a su plan de salud, usted debe continuar pagando sus primas de seguro mensualmente.

Después de la aprobación de su solicitud, se espera que informará inmediatamente a su trabajador de inscripción de los siguientes cambios:

- A su información de contacto (es decir, dirección, número de teléfono).
- A su póliza, tal como:
 - Cantidad mensual de la prima;
 - Información de contacto del beneficiario (es decir: dirección, número de teléfono); y/o
 - Fecha de expiración de la póliza.
- En su cobertura, tal como si usted:
 - Se cambia de COBRA a CAL-COBRA
 - Obtiene o se hace elegible para un seguro de salud basado en el empleador; o
 - Se Inscribe en Medicare o Medi-Cal (gratuito) de alcance completo, para asegurarse de que OA-HIPP es el pagador de último recurso.

Vuelva a inscribirse y recertificarse en OA-HIPP al mismo tiempo que lo hace para ADAP. Los formularios requeridos han sido anotados en la siguiente tabla:

| Tipo de documento | Re-inscripción en: __/__/__ | Recertificación en: __/__/__ | Covered CA renovación en: cada período de inscripción abierta |
|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| 1) Aplicación de OA-HIPP | Requerida | Requerida | Requerida |
| 2) Facturación del seguro médico más reciente | Requerida | Requerida | Requerida |
| 3) IAS Formulario de Consentimiento | Requerida | | |
| Planes de Covered California nada mas: 4) Declaraciones de impuestos más recientes | Requerida | Requerida | |
| 5) Página de renovación o resumen | | | Requerida |

La falta de presentar los documentos antes de las fechas de vencimiento antedichas puede dar un retraso en el pago hecho en su nombre a su plan de la salud o a una pérdida potencial de seguro médico

Entiendo y reconozco mis responsabilidades como un cliente de OA-HIPP

Firma: _____

Fecha: _____